UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 96

A PROPOS D'UN CAS D'ÉPIPLOÏTE HERNIAIRE SUPPURÉE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 juillet 1922

PAR

BÉRARD (Alexandre-Pierre-Antoine)

Né à Issoire (Puy-de-Dôme), le 6 octobre 1892

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	FORGUE, Professeur, *Président.*	
	MASSABUAU, Professeur.	
	RICHE, Agrégé.	*Assesseurs.*
	ETIENNE, Agrégé.	

MONTPELLIER
« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1922

A PROPOS D'UN CAS

D'ÉPIPLOÏTE HERNIAIRE SUPPURÉE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 96

A PROPOS D'UN CAS D'ÉPIPLOÏTE HERNIAIRE SUPPURÉE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 juillet 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

BÉRARD (Alexandre-Pierre-Antoine)

Né à Issoire (Puy-de-Dôme), le 6 octobre 1892

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
MASSABUAU, Professeur.
RICHE, Agrégé. } *Assesseurs.*
ETIENNE, Agrégé.

MONTPELLIER
« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
	GRYNFELTT.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen*.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
	FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et BAUMEL.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. GRYNFELLT.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Anatomie	DELMAS (J.).		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT.	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, prof^r, *président.*	MM. RICHE, agrégé.
MASSABUAU, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage respectueux et faible témoignage d'affection et de reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A MA TANTE

Je lui offre ici, de tout mon cœur, mes sentiments de la plus sincère gratitude.

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A. BÉRARD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A. BÉRARD.

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, au moment de terminer nos études médicales, d'offrir ici l'hommage de notre reconnaissance à nos Maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier pour l'instruction qu'ils nous ont donnée, et tout particulièrement à M. le professeur agrégé Riche qui fit toujours preuve à notre égard d'une extrême obligeance. Nous le remercions vivement d'avoir bien voulu s'intéresser encore à nous en nous inspirant le très intéressant sujet qui fait l'objet de notre thèse inaugurale, concernant un cas d'épiploïte herniaire suppurée opérée par ses soins dans le service de M. le professeur Forgue, qu'il suppléait, à l'Hôpital Suburbain.

Ce nous est enfin un devoir de témoigner toute notre gratitude à M. le professeur Forgue qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0146

A PROPOS D'UN CAS
D'ÉPIPLOÏTE HERNIAIRE SUPPURÉE

INTRODUCTION

Le contenu d'une tumeur herniaire est, ainsi qu'on le sait, le plus souvent constitué par l'intestin grêle et l'épiploon. Ces deux éléments peuvent sortir simultanément, ou chacun d'eux respectivement peut s'échapper de la cavité abdominale au niveau d'un des points faibles de la paroi et venir former une hernie sous la peau et à l'extérieur.

Le grand épiploon, qui s'étend comme un tablier au devant des viscères abdominaux de l'étage sous-mésocolique et flotte librement dans la cavité abdominale, offre, de par ce dernier caractère même, une tendance remarquable à s'insinuer dans les orifices herniaires, et on le rencontre dans la hernie à des états différents, « depuis la frange maigre et souple que l'on trouve chez les jeunes sujets jusqu'à la masse graisseuse des obèses ».

L'épiplocèle constituée peut rester saine et mobile, mais souvent aussi devenir irréductible, se charger de graisse, subir un processus d'inflammation chronique

aboutissant à la formation de masses dures, fibreuses, bosselées de dépôts plastiques, ou encore être le siège d'une inflammation aiguë dont le stade ultime pourra être la formation d'un abcès.

Les épiploïtes herniaires comprennent celles où l'inflammation intéresse exclusivement la portion de l'organe contenue dans un sac de hernie. Ce sont les mieux connues.

Dès le XVIII[e] siècle, Franco, Garangeot, Ledran, Hesselbach et J.-L. Petit signalèrent les premiers les adhérences épiploïques dans les hernies. Plus tard, en 1836, dans sa « Leçon sur l'épiploïte phlegmoneuse herniaire », Goirand (d'Aix) traita ce point de pathologie de l'épiploon ; puis on trouve en 1841 deux mémoires de Malgaigne « Sur les étranglements et pseudo-étranglements », où il décrit les inflammations de l'épiploon dans le sac, et en 1865 des leçons de Gosselin « Sur les hernies abdominales », où les accidents de l'épiploïte herniaire aiguë ou chronique sont décrits d'une façon magistrale.

Enfin, depuis cette époque jusqu'à nos jours, de nombreux travaux sont venus contribuer à la mise au point de cette question et nous citerons : en 1875 une leçon de Desprès, en 1879 un mémoire de Faucon, en 1883 la thèse de Barette, les travaux de Broca, de Segond, de Duret et de Bouilly, en 1887 la thèse de Boiflin, en 1889 celle de Maré, en 1905 celle de Leroy, etc..., et tout récemment en 1920 Aimes, dans sa « Chirurgie du grand épiploon », a traité de ce sujet.

Dans ce modeste travail qui fait l'objet de notre thèse inaugurale, point n'a été notre intention de reprendre le sujet des épiploïtes herniaires, nous avons voulu simplement, sur les conseils de M. le professeur agrégé

Riche, exposer quelques considérations qui nous ont paru intéressantes, concernant un cas d'épiploïte herniaire suppurée, opérée par lui-même.

Nous rapportons tout d'abord l'observation inédite qu'il a bien voulu nous communiquer et qui est la base de notre essai de clinique ; à la suite de celle-ci nous exposons l'étiologie et la pathogénie, nous faisons l'étude anatomo-pathologique ; les paragraphes suivants sont consacrés à une description clinique, au diagnostic et au pronostic ; enfin le traitement fait l'objet de quelques lignes et nous cherchons à dégager les conclusions que nous pensons découler de cette petite étude médicale.

OBSERVATION

(Inédite,— Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Riche)

T... François, 70 ans, cultivateur, entre le 22 avril 1922 à l'Hôpital Suburbain, salle Delpech, service de M. le professeur Forgue, pour une tumeur de la région inguinale droite.

Ce malade s'est aperçu au début du mois de février de la présence d'une petite tuméfaction siégeant dans la région inguinale droite et qui n'a jamais été douloureuse.

Dès le début, du volume réduit d'une petite noix, la tuméfaction avait une forme oblongue à grande dimension dans le sens du cordon. Elle était de consistance très dure, roulant sous le doigt.

Depuis, elle a augmenté peu à peu jusqu'à son état actuel, avec des variations de volume d'un jour à l'autre.

Au cours d'une grippe, il y a trois semaines, augmentation marquée de volume, la tuméfaction descend dans les bourses.

Antécédents personnels. — Cet homme affirme n'avoir jamais été malade. L'examen des appareils ne révèle rien.

Il prétend n'avoir jamais présenté de hernie antérieurement, mais malgré ses 70 ans cet homme est de constitution très forte, obèse même, et l'hypothèse d'une hernie méconnue est très vraisemblable.

Antécédents héréditaires ou collatéraux. — Rien à signaler.

Examen. — Tumeur inguino-scrotale droite, de forme oblongue, à grand axe suivant la direction du cordon, de 15 centimètres de longueur environ, du volume du poignet, de consistance très dure, indépendante du testicule qui est libre au-dessous d'elle et qu'elle affleure par son extrémité inférieure, s'arrêtant par son extrémité supérieure à l'orifice inguinal qu'elle ne paraît pas pénétrer. Cependant le pôle supérieur de cette tumeur semble être prolongé par un pédicule qui correspond peut-être au cordon.

L'ensemble est très mobile.

Pas de ganglions.

Opération le 25 avril 1922 (M. le professeur agrégé Riche).

Incision de hernie inguinale, allongée en haut jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'horizontale, passant par l'épine iliaque antéro-supérieure. Incision de l'aponévrose du grand oblique. On est frappé, au cours de l'incision des plans superficiels, par l'énorme vascularisation de la paroi. L'aponévrose du grand oblique sectionnée, on tombe sur une masse occupant le canal inguinal, intimement liée avec les éléments du cordon qu'on perçoit difficilement mais qui paraissent pourtant cheminer à sa surface. Cependant, sur certains points, l'aspect lisse et poli de la surface donne bien celui d'un sac. L'ensemble est enfoui dans une zone inflam-

matoire qui rend tous ces éléments adhérents entre eux et aux parois du canal.

La dissection est très difficilement menée ; on se rend compte, malgré tout, que cette tumeur paraît pédiculée à son pôle supérieur et que son pédicule semble sortir de l'orifice inguinal profond.

Dès lors, M. le professeur Riche pense à une épiplocèle enflammée.

L'ensemble est libéré, dégagé avec peine des éléments du cordon. Le sac est ouvert par endroits, mais il est adhérent sur presque toute la surface de la tumeur, et isolé partiellement. Le pédicule est lié solidement (points de Lawson-Tait). Les plans sont reconstitués.

Suites opératoires très simples. Le malade sort guéri au 20me jour.

Macroscopiquement, l'ensemble a bien l'apparence d'une épiplocèle enflammée, avec parties très dures et parties moins consistantes.

Sur une coupe longitudinale on trouve, au centre de cette tumeur, un foyer caséeux à parois indurées, à centre fongueux, paraissant correspondre à un tuberculome.

Examen histologique (Laboratoire d'anatomie pathologique). — Le fragment de tumeur prélevé est coupé depuis la cavité centrale jusqu'à la superficie.

Il peut être divisé en trois zones d'aspect différent :

1° Une première zone interne limitant la cavité. Elle est formée par des tissus en transformation purulente, très infiltrés de leucocytes et de globules de pus, sans aucune disposition rappelant un tissu normal.

2° Au-dessous, une zone de tissu conjonctif lâche caractérisée par son infiltration hémorragique, la présence de polynucléaires très nombreux et la dilatation très grande des vaisseaux — sans phénomènes d'endo

ou périvascularite qu'on rencontre dans les foyers d'inflammation chronique, tuberculeux par exemple. — Par places, on note des placards hémorragiques parsemés de polynucléaires, mais ne rappelant en aucune façon les foyers d'inflammations nodulaires spécifiques. D'ailleurs, dans l'ensemble, cette zone ne présente aucun élément pouvant rappeler les cellules géantes ou les follicules tuberculeux. L'infiltration des globules blancs est diffuse et surtout formée par les polynucléaires.

3° Enfin, au-dessous de cette zone de défense, du tissu conjonctif lâche à lésions inflammatoires moins avancées. Infiltration très discrète allant en s'atténuant vers la profondeur. On y retrouve la disposition histologique classique des épiploons.

En somme, paroi d'abcès où malheureusement on ne peut mettre en évidence aucun élément spécifique et qui paraît répondre à la structure histologique des abcès chauds subaigus.

Cette observation nous paraît intéressante à plus d'un titre.

Nous allons, dans les paragraphes suivants, résumer les données généralement admises en ce qui concerne les épiplocèles suppurées et nous nous efforcerons de mettre en évidence ce qui donne au cas que nous rapportons une physionnomie particulière, et, parfois même, l'oppose aux notions classiques.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'épiploïte herniaire peut survenir après une cure radicale de hernie. Ces cas sortent du cadre que nous nous sommes tracé ; nous les laisserons absolument de côté. Il ne sera question ici que des épiplocèles suppurées spontanément.

L'épiploïte herniaire suppurée est rare. Leroy dans sa thèse en rapporte seulement quatre observations.

Elle se voit surtout dans les hernies anciennes, volumineuses, et qui depuis longtemps sont irréductibles.

Elle ne s'observe guère que lorsqu'il s'agit d'épiplocèle pure ; il est beaucoup plus rare de la rencontrer lorsque intestin et épiploon coexistent dans le sac.

Presque toujours c'est la hernie inguinale qui est en cause, aussi ne s'étonnera-t-on point de la rencontrer presque exclusivement chez l'homme. Chez l'enfant elle ne s'observe jamais, car l'épiploon est insuffisamment développé pour venir se loger dans un sac herniaire.

Les chocs répétés que subit la hernie, et en particulier les traumatismes incessants qu'occasionne le port d'un bandage mal adapté, se retrouvent souvent dans les antécédents des malades ; parfois, ce sont des phénomènes de torsion intrasacculaire qui, en gênant la circulation, créent un lieu de moindre résistance où l'infection se localisera volontiers.

Chez notre malade, beaucoup de ces facteurs étiologiques manquent ; jamais il n'avait porté de bandage, et rien dans son histoire ne pouvait faire songer à des épisodes antérieurs de torsion épiploïque.

Comment expliquer ici la production inattendue de la suppuration ?

Nous savons que le fait seul pour un organe d'être logé dans un sac herniaire lui crée des conditions de vie spéciales et défectueuses (troubles circulatoires en particulier) qui suffisent à diminuer sa résistance à l'infection. Nous admettons donc que, chez notre sujet, l'épiploon hernié était un « locus minoris resistentiae ». Mais ce n'est là qu'une cause prédisposante et qui explique seulement la localisation d'une infection venue d'ailleurs. Il faut que des microorganismes aient été apportés à ce niveau, et la voie hématogène est certainement celle qu'ils ont suivie. La réalité du processus pathogénique que nous invoquons a été expérimentalement démontrée par Leroy. En injectant des cultures de staphylocoques dans la veine auriculaire du lapin et en traumatisant l'épiploon, cet auteur est parvenu à reproduire des épiploïtes suppurées.

Le passage des microbes dans le torrent circulatoire est un fait banal au cours de la plupart des maladies infectieuses : nous n'hésitons pas à croire que c'est au moment de l'épisode fébrile (qualifiée de grippe par le sujet) que se sont faites, et l'irruption des agents pathogènes dans le sang et leur fixation sur l'épiplocèle. En effet, cet épisode a coïncidé avec une augmentation de la tumeur et a précédé de trois semaines l'acte opératoire : temps précisément nécessaire à la constitution des lésions telles qu'elles ont été rencontrées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'épiplocèle suppurée se présente généralement sous deux formes : 1° phlegmoneuse ; 2° à abcès multiples.

Dans le premier cas l'épiploon est infiltré d'une sérosité claire ou roussâtre ; il n'y a pas de pus collecté ; les lésions sont au maximum et à l'examen histologique les fragments épiploïques sont méconnaissables.

Dans le second cas l'épiploon est épaissi, vascularisé ; si on le coupe, on rencontre dans la masse une série de petits abcès de volume variable qui, sur certains points, communiquent entre eux.

Combien différentes sont les lésions dans l'observation que nous publions !

Ici, comme dans le cas d'épiploïte à abcès multiples, la masse tumorale est épaissie, dure, les vaisseaux sont très dilatés, mais à la coupe on trouve un seul foyer purulent qui est nettement limité par des parois indurées. La cavité ainsi formée renferme un pus épais, jaunâtre, caséeux, si bien que l'examen macroscopique avait conclu sans hésitation à la nature tuberculeuse de la lésion.

C'est vainement que nous avons recherché dans les diverses observations publiées la constatation de lésions semblables, pareil aspect n'a jamais été décrit par les auteurs.

Il a fallu toute la précision d'un examen histologique bien conduit pour éliminer l'hypothèse d'un processus chronique bacillaire.

L'absence de cellules géantes rendait peu probable l'origine tuberculeuse ; l'ectasie vasculaire sans endo-périvascularite permettait d'écarter l'idée d'inflammation chronique ; enfin la présence de polynucléaires altérés, de véritables globules de pus faisait conclure à l'allure aiguë ou plutôt subaiguë du processus inflammatoire.

L'aspect très spécial des lésions rencontrées donne à ce cas un intérêt tout particulier auquel ajoute encore la précision de l'examen histologique que nous devons à la compétenee de M. le docteur Roux.

ETUDE CLINIQUE

La symptomatologie de l'épiploïte herniaire a été magistralement tracée par Gosselin ; on n'y a rien ajouté depuis ; aussi croyons-nous devoir reproduire les lignes mêmes du maître : « Un malade porte depuis un certain temps une épiplocèle. Celle-ci était réductible ou était devenue à peu près irréductible par suite d'épiploïte larvée et par la formation d'adhérences. Tout à coup la tumeur devient plus volumineuse ; si elle était réductible, elle ne se réduit plus ; elle devient chaude, douloureuse à la pression et pendant les mouvements. En même temps apparaissent quelques coliques ; parfois, mais pas toujours, des nausées, dans un certain nombre de cas même la constipation. »

Ainsi, augmentation de volume et douleur sont les deux signes caractéristiques de l'affection.

La poussée inflammatoire que dénotent les signes décrits par Gosselin peut se terminer de plusieurs façons.

Dans certains cas les symptômes persistent sans modification durant quelques jours, puis la douleur disparaît la première, l'état général s'améliore, enfin la tuméfaction s'efface et l'épiplocèle devient à nouveau réductible : l'évolution s'est faite vers la résolution. C'est la fin la plus heureuse et la plus fréquente.

Assez souvent, les signes fonctionnels (douleurs et vomissements) disparaissent au bout de quelques jours mais la tuméfaction diminue à peine, elle persiste sous forme d'une masse volumineus, mollasse, pâteuse, présentant par places des placards indurés. Les efforts que l'on tente pour la réduire sont infructueux ; c'est que des adhérences se sont établies entre l'épiploon et le sac et désormais l'épiplocèle est irréductible : l'épiploïte aiguë s'est transformée en épiploïte chronique ; c'est encore une évolution favorable.

Mais une éventualité plus redoutable est à envisager, et c'est elle qui nous intéresse tout particulièrement ici, nous voulons dire : la suppuration.

Les auteurs qui ont décrit l'épiploïte herniaire suppurée se sont trouvés d'accord pour en tracer un tableau clinique assez impressionnant : les douleurs persistent, des frissons apparaissent, des vomissement alimentaires puis bilieux se montrent, la constipation est la règle. Cependant l'état général ne paraît pas trop gravement atteint, le facies est coloré et non point grippé, le pouls est rapide sans doute mais non filiforme. Puis les signes généraux se calment, mais la peau au niveau de la hernie devient rouge, œdémateuse, et un abcès s'ouvre à l'extérieur : par l'orifice il s'écoule un pus d'odeur désagréable et des débris de tissu sphacélique qui sont des portions d'épiploon dégénéré.

Rapprochons maintenant de cet ensemble symptomatique les signes présentés par notre malade : les différences sont telles qu'il semble s'agir d'affections entièrement distinctes. Un seul signe classique se retrouve chez notre sujet : l'augmentation de volume de la hernie. De petites dimensions en février, la tuméfaction a crû progressivement jusqu'au début d'avril ; à cette époque,

il y a eu un brusque accroissement de la tumeur qui, certainement, correspondit à une poussée inflammatoire. Mais, fait digne de remarque, ni à ce moment, ni à aucun autre, le malade n'a ressenti la moindre douleur. L'état général est resté, lui aussi, remarquablement intact. En admettant qu'il faille mettre sur le compte de l'épiploïte herniaire cette période de malaises, cette grippe que présenta le sujet, on est obligé de reconnaître que l'atteinte de l'état général a été singulièrement discrète et passagère. L'appareil digestif ne fut touché en aucune façon. On ne relève dans l'histoire de T... F... ni nausées, ni vomissements, ni périodes de constipation. Lorsqu'il se présenta à l'examen, son aspect florissant frappa l'observateur.

L'examen de l'état local ne révélait, lui non plus, rien de caractéristique. La tuméfaction était dure, certes, très dure même, mais la palpation en était parfaitement indolore. Du côté des téguments, pas de rougeur, pas d'œdème, pas la moindre hyperthermie locale, rien qui pût faire penser que du pus s'était collecté à ce niveau.

En somme, absence de signes subjectifs, réduction des signes objectifs à l'augmentation de volume de la tumeur et à sa fermeté, tel fut le tableau clinique observé dans ce cas d'épiploïte herniaire suppurée.

Dans aucune des observations que nous avons pu consulter, la suppuration ne s'est établie au niveau de l'épiploon avec autant de discrétion, toujours on a noté des symptômes locaux et généraux bruyants. Cette évolution à bas bruit mérite d'être signalée, et il nous semble que cette observation relate une forme spéciale et encore non décrite des épiplocèles suppurées : la forme subaiguë (presque latente).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'épiploïte herniaire aiguë est en général facile.

« La présence dans une région herniaire d'une tuméfaction plus ou moins douloureuse, dure ou pâteuse, lobulée, présentant vers la région supposée du collet un pédicule plus ou moins épais qu'on peut dans certains cas suivre jusque derrière la paroi abdominale, et s'accompagnant d'un retentissement souvent peu marqué sur le tube digestif et l'état général, suffit habituellement à fixer l'opinion. » (Leroy).

Si la tumeur est de petit volume elle peut être confondue avec une adénite ; les lipomes du cordon ont pu prêter à confusion ; ce sont là des diagnostics qui se posent rarement en clinique.

Lorsque l'épiplocèle est suppurée, les causes d'erreur sont plus nombreuses : la fluctuation, en effet, n'est pas un signe absolument spécifique de la suppuration, elle se rencontre aussi dans les kystes sacculaires et dans les hydro-épiplocèles subaiguës et chroniques décrites par Duplay.

Mais c'est certainement l'entérocèle ou l'entéro-épi-

plocèle étranglées qui risquent le plus d'être confondues avec une hernie épiploïque en voie de suppuration.

En effet, on trouve dans les deux affections de nombreux symptômes identiques : ici, comme là, on se trouve en présence d'une tumeur mate, souvent dure et qui est irréductible ; des vomissements se montrent, alimentaires, puis bilieux ; l'état général est profondément atteint, si bien que dans les formes sévères d'épiploïte herniaire suppurée le diagnostic peut être impossible. Le plus souvent cependant, la confusion doit être évitée et les signes différentiels sont multiples.

En cas d'épiploïte, les phénomènes généraux sont moins alarmants. La constipation est tenace, mais ce n'est pas l'occlusion vraie de l'étranglement : quelques gaz passent de temps à autre, une purgation provoque une selle abondante. Les vomissements sont plus rares et plus passagers ; ils peuvent être bilieux mais ne sont jamais fécaloïdes. Enfin, l'examen local montre quelques particularités : la tumeur épiploïque peut être fluctuante, son pédicule est plus large et moins douloureux que celui des hernies étranglées.

Dans le cas qui fait l'objet de cette thèse, les difficultés à résoudre étaient d'un autre ordre. Ici, étant donnés l'intégrité de l'état général, l'absence de vomissements et de constipation, la question de l'étranglement ne se posait même pas.

Le diagnostic comportait plusieurs étapes : et d'abord quelle était la nature de la masse inguino-scrotale ? Y avait-il des signes qui eussent dû faire penser à son origine épiploïque ?

Le testicule se sentait nettement dans la bourse, il était indépendant ; la tumeur, par conséquent, n'était pas à coup sûr de nature orchitique.

La tuméfaction de forme oblongue, dit l'observation, allongée parallèlement à la direction du cordon, était de consistance dure. Ces signes sont beaucoup plus ceux d'une tumeur du cordon par exemple que ceux d'une masse épiploïque qui est généralement de consistance pâteuse et dont la surface est parsemée d'irrégularités.

Mais, supposons résolu ce premier problème, admettons que le diagnostic d'épiploïte ait été admis, pouvait-on soupçonner qu'on allait se trouver en présence d'un foyer suppurant constitué ? Evidemment non. S'il s'agissait d'épiploïte, les signes cliniques voulaient qu'on pensât à un processus chronique probablement tuberculeux. Le diagnostic était rigoureusement impossible à établir par les seuls moyens cliniques. Et même, la pièce en mains, l'erreur persista ; c'est le microscope seul qui vint éclairer le cas et faire reconnaître sa nature véritable.

PRONOSTIC

D'une façon générale, le pronostic des épiplocèles suppurées est bénin : c'est, qu'en effet, des adhérences épaisses se forment au niveau du collet, elles jouent le rôle de barrière défensive et limitent la suppuration à la portion herniée. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Si le processus suppuratif est à évolution rapide, les adhérences n'ont pas le temps de s'organiser ; l'inflammation qui a gagné le péritoine herniaire gagne de proche en proche, s'étend rapidement et entraîne une péritonite généralisée.

Dans d'autres cas, la suppuration gagne l'épiploon sus-herniaire. Il en résulte une épiploïte hernio-abdominale suppurée dont le pronostic est extrêmement grave : la mort est, en effet, la terminaison habituelle.

Lorsque la suppuration, comme dans l'observation ci-dessus relatée, s'établit de façon subaiguë, le pronostic paraît très bénin : en effet, le péritoine a tout le temps d'organiser sa défense ; la grande cavité sera toujours protégée, aucune complication grave n'est à craindre.

Si on laisse les lésions évoluer spontanément jusqu'au bout, l'abcès s'accroîtra excentriquement, envahira toute la masse épiploïque, et viendra, en fin de compte, se fistuliser à la peau.

TRAITEMENT

Lorsqu'on se trouve en présence d'une épiploïté herniaire à son début, il est permis d'essayer d'abord un traitement médical : repos au lit, glace en application locale, alimentation légère. Rarement on pourra obtenir ainsi la résolution vraie ; dans la grande majorité des cas on parvient seulement, et non toujours, à calmer la poussée inflammatoire, et l'intervention se fait alors à froid, dans de bonnes conditions.

Mais, pour peu que les phénomènes douloureux persistent ou que l'état général semble inquiétant, on recourra immédiatement au bistouri. C'est-à-dire que, dans l'épiplocèle suppurée, le traitement est toujours et exclusivement chirurgical, et c'est le plus précocement possible qu'il faudra intervenir.

L'opération est, d'ailleurs, bénigne, la mortalité opératoire à peu près nulle. On tracera l'incision classique de la hernie, une fois la tumeur ouverte on s'efforcera de disséquer et d'isoler les éléments du cordon, de façon à les ménager dans la mesure du possible.

Si au niveau de l'orifice inguinal on trouve des adhérences organisées qui unissent l'épiploon au collet du

sac, le mieux sera de les respecter. On pratiquera la résection de la masse en deçà ; ainsi on évitera au péritoine des chances d'infection.

Si, au contraire, la tumeur paraît libre à son extrémité supérieure, on attirera l'épiploon à travers l'anneau jusqu'à ce qu'il présente un aspect normal : la ligature et la résection porteront en tissu absolument sain. Alors, on pourra sans danger réduire le moignon dans la cavité abdominale. Les plans seront reconstitués et la paroi refermée sans drainage.

La ligature de l'épiploon sera toujours une ligature en chaîne. En effet, la ligature en masse crée un moignon volumineux difficilement résorbable, où la circulation est gênée et qui, de ce fait, résiste mal aux causes d'infection. De toutes façons, on s'assurera avant de pratiquer la réduction du moignon que l'hémostase est parfaite. Les points de Lawson-Tait qui étreignent solidement les fragments épiploïques donnent toutes garanties de sécurité et sont particulièrement recommandables.

CONCLUSIONS

Il serait bien prétentieux de vouloir tirer de l'unique cas que nous rapportons des conclusions d'ordre général en ce qui concerne les épiplocèles suppurées. Nous voulons seulement résumer ici les traits les plus saillants de cette observation :

1° Suppuration qui est apparue dans une masse épiploïque herniaire chez un individu en bonne santé, n'ayant subi aucun traumatisme, n'ayant jamais porté de bandage, et dont la cause immédiate nous échappe par conséquent.

2° Evolution subaiguë du processus suppuratif, latente presque, puisqu'elle ne s'est accompagnée d'aucune altération de l'état général et que les phénomènes locaux se sont bornés à l'apparition d'une tuméfaction indolore. Impossibilité du diagnostic clinique.

3° Aspect très spécial de la masse enlevée qui, à la coupe, présentait une seule cavité, à parois bien limitées, renfermant un pus épais, caséeux. Nécessité de l'examen histologique pour identifier la nature inflammatoire banale, non spécifique, de la lésion.

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie mentionne les travaux concernant les épiploïtes herniaires en général.

Aimes. — Chirurgie du grand épiploon (Paris, 1920).

Barette. — Thèse Paris, 1883.

Benno-Schmidt. — Pitha und Billroth Handsbuch.

Boiffin. — Thèse Paris, 1887.

Bouilly. — Bull. de la Société de Chirurgie, 1883.

Broca. — Congrès français de Chirurgie, 1891.

Brunet. — Thèse Paris, 1900.

Cotte. — De la tuberculose herniaire (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1905.

Demons. — Revue de Chirurgie, 1893.

Desprès. — La Chirurgie journalière (Paris, 1877).

Dubos. — Thèse Paris, 1906.

Duret. — Thèse d'agrégation, 1893.

Faucon. — Bull. Acad. Roy. de Méd. Bruxelles, 1879.

Gosselin. — Leçons sur les hernies abdominales, 1861.

Gourdon. — Thèse Paris, 1904.

Goirand (d'Aix). — Leçon sur l'épiploïte phlegmoneuse herniaire, 1836.

Lassus. — Pathologie chirurgicale, 1809.

Le Dentu. — Cliniques chirurgicales (Paris, 1904).

Ledran. — Obs. de Chir. (Paris, 1731, t. II).

Leroy. — Thèse Lille, 1905.

Loothen. — *In* Thèse Leroy.
Lucas-Championnière et Mauban. — Bull. Soc. anat. Paris, 1901.
Mac-Farlane. — Med. chirurg. transact., t. XVI.
Malgaigne. — Gaz. des Hôpitaux, Paris, 1839.
Maré. — Thèse Paris, 1890.
Montini. — Gaz. degli oped. Milano, 1898.
Morestin. — Gaz. des Hôpitaux, 1900.
Pantzer. — Journal of the amer. Med. Assoc. Chicago, 1904.
Peyroux. — Archives prov. de Chir., Paris, 1901.
Potherat. — Bull. de la Société de Chirurgie, 1900.
Reynier. — Thèse Paris, 1899.
Richet. — Gaz. des Hôpitaux, 1879.
Roche. — Thèse Montpellier, 1896.
Roubier et Brette. — Soc. méd. Hôp. Lyon, 1914.
Sauget. — Thèse Paris, 1899.
Segond. — Thèse Paris, 1883.
Von Baracz. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1900.
Walther. — Société de Chirurgie, 1900.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

A propos d'un cas d'épiploïte herniaire suppurée,

par Alexandre Bérard.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 5 juillet 1922.

Le Professeur,

FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 5 juillet 1922.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 5 juillet 1922.

Le Recteur,

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!